

MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

Concorso per Collaboratore professionale sanitario - Infermiere

[Digitare il nome dell'autore]

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 2 (DUE) POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE, CATEGORIA D – POSIZIONE ECONOMICA D - C.C.N.L. DEL COMPARTO SANITA' PUBBLICA, PRESSO L'A.S.P. D. MORO DI MORSANO AL TAGLIAMENTO.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ () il ____/____/_____ codice fiscale _____ residente in (via/corso/piazza) _____ n° _____ località _____ provincia _____ C.A.P. _____ telefono _____ cellulare _____ mail _____

CHIEDE

con la presente di poter partecipare al concorso pubblico in oggetto e, a tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

CITTADINANZA E DIRITTI POLITICI	<input type="checkbox"/> di essere cittadino_ italian_; <input type="checkbox"/> di essere cittadino_ di uno Stato membro dell'Unione Europea e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; <input type="checkbox"/> di essere cittadino_ extracomunitari_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; <input type="checkbox"/> (altra fattispecie disciplinata dall'art. 38 del D.Lgs. 165/2001) _____ <input type="checkbox"/> di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero (indicare il motivo della eventuale cancellazione o mancata iscrizione) _____ _____ _____
---------------------------------	--

MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

Concorso per Collaboratore professionale sanitario - Infermiere

[Digitare il nome dell'autore]

CONDIZIONI DI IDONEITA' ALL' IMPIEGO	<input type="checkbox"/> di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (<i>in caso affermativo specificare nelle note</i>) <input type="checkbox"/> di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni <input type="checkbox"/> di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni <input type="checkbox"/> di non essere decaduto, di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici (<i>in caso affermativo specificare nelle note</i>) <input type="checkbox"/> di essere in regola con le norme relative agli obblighi militari (<i>in caso negativo specificare nelle note</i>)
NOTE	_____ _____ _____
TITOLO DI STUDIO	<input checked="" type="checkbox"/> di possedere il seguente titolo di studio (<i>indicare la denominazione completa e l'eventuale classe di laurea</i>): _____ rilasciato dal _____ di _____ nell'anno _____ con la seguente votazione finale ____/____
IN CASO DI TITOLO EQUIPOLLENTE	Estremi della normativa che sancisce l'equipollenza _____ rilasciato dall'ente/istituto _____ con sede in _____ in data _____
ISCRIZIONE ALBO	<input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del Collegio di _____ n. _____ del _____ <input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del _____ (paese dell'Unione Europea) <input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del _____ (paese terzo)
PATENTE GUIDA	<input checked="" type="checkbox"/> di possedere la Patente di guida categoria "____" e di essere disponibile all'utilizzo dei mezzi in dotazione all'ASP
PREFERENZE RISERVE	<input type="checkbox"/> di possedere, al fine dell'applicazione del diritto di preferenza di cui ai DD.P.R. 487/1994 e 693/1996, art. 5, così come modificato dalla Legge n. 127 del 15.05.1997, il/i seguente/i titolo/i _____ _____ <input type="checkbox"/> di aver diritto alla riserva di _____
LINGUA STRANIERA	<input checked="" type="checkbox"/> di scegliere, per l'accertamento di una lingua straniera durante la prova orale, la lingua: <input type="checkbox"/> INGLESE <input type="checkbox"/> FRANCESE <input type="checkbox"/> TEDESCO <input type="checkbox"/> SPAGNOLO

Chi utilizza il presente modello è pregato di barrare e/o compilare solo le parti che lo riguardano

MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

Concorso per Collaboratore professionale sanitario - Infermiere

[Digitare il nome dell'autore]

DICHIARAZIONI	<ul style="list-style-type: none">✓ di essere a conoscenza e di accettare in modo implicito ed incondizionato tutte le prescrizioni ed indicazioni contenute nel bando di concorso ed in particolare quanto indicato ai paragrafi “G)PROGRAMMA D'ESAME” – “I)DIARIO DELLE PROVE” e “N) COMUNICAZIONI”✓ di essere a conoscenza che la violazione degli obblighi derivanti dal D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) costituisce causa di risoluzione;✓ il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al “TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI” di cui al relativo titolo “T” richiamato nel bando ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003, per gli adempimenti connessi al presente concorso;✓ di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto all'Amministrazione dell'Azienda le eventuali variazioni dell'indirizzo indicato nella domanda, esonerando l'Amministrazione medesima da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.
BENEFICI PREVISTI DALL' ART. 20 DELLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N. 104	<p>Il/la sottoscritto/a _____ riconosciuto/a portatore/portatrice di handicap ai sensi della Legge 5.2.1992, n. 104 con provvedimento in data _____ emesso da _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> dichiara di possedere il requisito di cui all'art. 20, comma 2 bis, della Legge 104/1992 (persona affetta da invalidità uguale o superiore all' 80%) in base al quale non è tenuto a sostenere la prova preselettiva;<input type="checkbox"/> chiede di poter fruire per le prove d'esame di un tempo aggiuntivo rispetto a quello che sarà concesso agli altri candidati, nella misura determinata da _____ come segue _____<input type="checkbox"/> dichiara di avere la necessità, in relazione allo specifico handicap documentato, dei seguenti strumenti di ausilio: _____<input type="checkbox"/> allega idonea certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente, che ne specifica gli elementi essenziali in ordine ai benefici di cui sopra.
ALLEGATI	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> fotocopia (fronte retro) del documento di identità del/la sottoscritto/a;<input type="checkbox"/> curriculum formativo e professionale; <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ricevuta di versamento della tassa di ammissione al concorso. <p>Altra eventuale documentazione allegata, anche integrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> _____<input type="checkbox"/> _____<input type="checkbox"/> _____

MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

Concorso per Collaboratore professionale sanitario - Infermiere

[Digitare il nome dell'autore]

Le eventuali comunicazioni riguardanti il concorso dovranno essere indirizzate a:

<i>(cognome e nome)</i>		<i>(città)</i>		<i>(provincia)</i>	
<i>(indirizzo)</i>					
				<i>(C.A.P.)</i>	
<i>(telefono rete fissa)</i>		<i>(telefono cellulare)</i>		<i>(indirizzo e-mail)</i>	

<i>___/___/___</i>	
<i>(data)</i>	FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE La firma non deve essere autentica ai sensi dell'art. 39 c.1 D.P.R. 445/2000

N.B. LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA UNITAMENTE A FOTOCOPIA (FRONTE/RETRO) DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA'